

Année 1910

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 6 Janvier 1910, à 1 heure

Par Eugène ROUSSET

Né le 10 mars 1883 au Monastier (Haute-Loire)

Varicelle et Scarlatine

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges { MM. POUCHET, professeur,
 MAILLARD, agrégé,
 NOBÉCOURT, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

Jules ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, et rue Monsieur-le-Prince, 12

1910

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	{ BRISSAUD
	{ DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	{ HAYEM
	{ DIEULAFOY
	{ DEBOVE
	{ LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	{ PIERREDEL BET
	{ QUENU
	{ RECLUS
	{ SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	{ PINARD
	{ BAR
	{ RIBEMONT-DES
	{ SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agréés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON FERN.	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ MARCEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE INFANTILE A L'HOPITAL
DES ENFANTS MALADES

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur agrégé RENON.
Monsieur le Docteur MICHAUX.
Monsieur le Docteur SIREDEY
Monsieur le Docteur CAMPENON.
Monsieur le Professeur DIEULAFÖY.
Monsieur le Professeur KIRMISSON.
Monsieur le Professeur GILBERT-BALLET.
Monsieur le Professeur BAR.

INTRODUCTION

VARICELLE & SCARLATINE

Nous assistons, à l'époque actuelle, en clinique, à une réaction contre les tendances anciennes, qui opposaient volontiers les maladies les unes aux autres, qui créaient volontiers des antagonismes. Par exemple: l'emphyseme était absolument opposé à toute possibilité de tuberculose; un gouteux avait, au moins, la consolation de ne pas devenir tuberculeux et cet antagonisme se répétait à propos des fièvres éruptives. Bien peu d'auteurs signalaient la coexistence de plusieurs affections fébriles ou spécifiques chez le même individu. Mais les recherches récentes, basées à la fois sur des notions plus exactes de bactériologie et d'anatomie pathologique, ont montré combien rares étaient ces prétendus antagonismes et, tout au contraire, les tendances de l'Ecole Moderne consistent à signaler le rôle prédisposant de telle affection pour une autre et la fréquence, soit de simultanéité, soit de succession des diverses affections.

C'est ainsi, qu'après les avoir opposées l'une à l'autre, on a décrit l'union de la syphilis et de la tuberculose (scrofulate de vérole); on a signalé les rapports

étroits, qui unissent l'emphysème à la tuberculose, l'arthritisme à la tuberculose. Au nom de la bactériologie d'ailleurs, il a été facile de prouver la fréquence des symbioses microbiennes avec toutes leurs conséquences: exaltation de la virulence du germe, modification des actions et des réactions de l'organisme. Et, poussant même les choses plus loin, la clinique a montré le rôle prédisposant de certaines affections vis-à-vis d'autres, en particulier en ce qui concerne la tuberculose, et l'on sait que l'on a créé le nom de maladies tuberculisantes.

M. le Professeur Hutinel insiste volontiers sur le rôle de ces affections morbides, sur leur fréquence, surtout à l'hôpital et sur leur gravité. Tout récemment encore (1), dans sa leçon d'ouverture de la chaire de clinique infantile, il signalait la fréquence des associations morbides des enfants soignés à l'hôpital, il en montrait les dangers et insistait sur la nécessité d'un isolement aussi parfait que possible pour éviter chez des enfants malades l'éclosion d'autres infections, qui peuvent entraîner avec elles le plus sombre pronostic: comme la broncho-pneumonie se greffant chez des rougeoleux, par exemple, l'éclosion d'une fièvre éruptive dans un pavillon de maladies générales et la coexistence possible dans un pavillon d'isolement de plusieurs maladies épidémiques.

On a signalé, à nouveau, cette année, les dangers de l'association de la scarlatine et de la rougeole (2). On

(1) Hutinel, *Journal des Praticiens*, Novembre 1909.

(2) Société Médicale des Hôpitaux, Janvier 1909.

a signalé, de même, l'association de la fièvre typhoïde et de la scarlatine (1).

Nous avons été témoin de l'apparition d'oreillons, d'érysipèle (2) et enfin d'une épidémie de varicelle, qui se déclara au pavillon de la scarlatine des Enfants Malades, et qui évolua pendant près de trois mois. Il y eut vingt cas de varicelle, dont l'étude clinique, et particulièrement les conséquences, nous parurent dignes de faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Il nous a paru, en effet, intéressant de rechercher quelles modifications l'une de ces maladies pouvait bien exercer sur l'autre, soit au point de vue de la qualité de l'éruption, soit au point de vue de la gravité et de la durée de l'évolution.

Il nous a paru également intéressant de rechercher si l'association de ces deux affections, qui semblent avoir une action élective sur le rein, ne venait pas ajouter leurs effets et comporter, par conséquent, un pronostic grave.

Nous nous sommes contenté, sans idée préconçue, tout d'abord de recueillir tous les cas qui se sont présentés. A l'occasion de chacun d'eux, nous notions très exactement l'époque de l'apparition de la varicelle, par rapport à l'époque de l'apparition de la scarlatine. Nous notions de même les qualités de l'éruption varicelleuse, les symptômes généraux et fonctionnels, qui accompagnaient cette éruption, la durée habituelle que présentèrent ces varicelles.

(1) Tissot. Progrès Médical. Juin 1909.

(2) Milhit et Mlle Vasseur. Progrès Médical. Juin 1909.

Par un examen journalier des urines, nous avons vérifié l'état d'intégralité relatif du rein. Nous avons pu observer, au cours de cette épidémie, l'apparition d'un rash, au sujet duquel, M. le Professeur Hutinel a rappelé les discussions, autrefois soulevées à ce sujet. Nous avons, enfin, pratiqué chez ces petits malades, l'intradernio-réaction de M. Mantoux, pour juger si l'on n'observait pas, au cours de la varicelle, les mêmes modifications de cette réaction qu'au cours de la rougeole.

Enfin, dans certains cas, nous avons pratiqué la ponction lombaire, et ce sont les résultats de cette étude uniquement clinique que nous apportons aujourd'hui dans cette thèse.

Mais nous manquerions à tous nos devoirs si nous ne remercions M. le Professeur Hutinel de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse, dont tous les éléments ont été recueillis dans son service.

Il nous est, en outre, particulièrement agréable de remercier M. le Professeur agrégé Nobécourt, qui a bien voulu mettre à notre disposition toutes les observations que nous avons pu compiler, pour arriver au terme de nos recherches, ainsi que notre ami, M. le Docteur Milhit, interne du service, qui a bien voulu nous aider de ses conseils.

Nous ajouterons, en terminant, que nous avons fait les plus larges emprunts à la communication que MM. Nobécourt et Milhit ont faite à la Société de Pédiatrie de Paris, en juin 1909.

HISTORIQUE

Pendant longtemps on avait cru à l'incompatibilité des fièvres éruptives.

« Deux maladies de nature essentiellement différente ne peuvent coexister », avait dit THOMAS THOMPSON, dans ses *Recherches sur la Variole*, Londres 1752.

HUNTER érigea cette opinion en doctrine, sous le nom d'Incompatibilité des Actions morbides (*Introduction au Traité de la Syphilis*, Londres, 1786.

« Il est hors de discussion, pour moi, que deux actes morbides ne peuvent jamais avoir lieu dans la même constitution, ni dans la même partie, en un seul et même temps. »

« Deux fièvres différentes ne peuvent exister dans la même constitution, ni deux affections locales dans la même partie, à la même époque. »

REIL (*Pyrexologie*, 1815) estime controuvés les faits des fièvres éruptives, parce que chaque exanthème implique une direction particulière du travail morbide de l'économie, et que ce travail vraisemblablement ne peut s'accomplir en même temps dans des sens opposés.

Dans l'ouvrage d'HÉBRA (*Traité des Maladies de la*

peau, trad. par Doyon), on trouve, au chapitre scarlatine (p. 195), le passage suivant :

« D'après l'idée que nous nous faisons d'un processus morbide provenant d'une altération spécifique du sang, on ne peut admettre que la scarlatine coexiste jamais avec la variole ou la rougeole, chez le même malade; aussi les cas de cette espèce, rapportés par certains auteurs, doivent-ils être attribués soit à la scarlatine, soit à la forme de variole dans laquelle l'éruption est précédée d'un érythème. En effet, des observations montrent que lorsqu'un individu est atteint successivement par deux de ces maladies, ou bien les progrès de la première sont arrêtés, ou bien la seconde ne se développe pas. »

TROUSSEAU (*Gazette des Hôpitaux*, 1860, n° 15), dit, au sujet d'un rash scarlatiniforme :

« Chez les petits malades des hôpitaux, on ne voit jamais la contagion scarlatineuse s'imposer à un enfant atteint de rougeole et réciproquement. Ces affections se succèdent, mais elles ne se développent jamais simultanément. Les fièvres éruptives, comme toutes les grandes pyrexies, impriment à l'économie une sorte de résistance pour l'invasion d'une seconde affection du même genre. »

Tels sont les principaux adversaires de l'existence contemporaine des fièvres éruptives. Mais cette doctrine n'est pas admise par tous.

En Angleterre, Adams, dans ses *Observations sur les poisons morbides*, tout en reconnaissant la loi de Hunter, cite pourtant quelques faits contradictoires.

En 1801, King (*Traité de la Vaccine*) relate un certain nombre de faits destinés à réfuter cette prétendue loi.

En Allemagne, l'idée huntérienne n'est plus défendue que par les dermatologistes de l'école d'Hébra.

En France, on se préoccupe peu de la question, mais Monneret, Berton, Barrier, Rilliet, Barthez et tous les médecins qui ont passé successivement à l'Hôpital des Enfants Malades, croient à la possibilité de l'évolution simultanée des fièvres éruptives.

BEZ, en 1877, dans sa thèse (*De la contemporanéité des fièvres éruptives et de leur coexistence avec la fièvre typhoïde chez le même individu*) apporte de nombreuses observations. Il est un des premiers à parler de la coexistence de la scarlatine et de la varicelle.

Il rapporte une observation abrégée de Siedler, dans laquelle nous voyons chez une fille de 18 ans, au troisième jour d'une scarlatine, apparaître une éruption de varicelle.

Rien de spécial à signaler, tant au point de vue de l'éruption qu'au point de vue de l'évolution de la varicelle. La malade guérit parfaitement.

Après Bez, on voit un certain nombre d'observations de varicelle survenant au cours d'une scarlatine, dans les thèses de Poullain (1894), de Cl. Marie (1894), dans les mémoires de Comby (1896) et de Bezy (1898).

Nous ne reproduirons pas ici ces observations, car elles diffèrent peu des cas qui se sont produits pendant l'épidémie qui fait le sujet de notre thèse.

OBSERVATIONS

Il nous paraît plus logique, pour être à même de tirer des déductions d'ordre clinique et surtout pronostique de l'association morbide de la scarlatine et de la varicelle, de rapporter maintenant nos propres observations. Pour ne pas allonger démesurément l'étendue de cette thèse, nous nous contenterons d'observations résumées, en indiquant, pour chacun des cas, très exactement :

1° La date d'apparition de la scarlatine;

2° La date d'apparition de la varicelle;

3° Les qualités de l'éruption varicelleuse;

4° Les modifications cliniques apportées à l'affection;

nous réservant, à la suite de ces observations, de tirer des considérations d'ordre général sur l'épidémicité et sur la gravité de cette association.

OBSERVATION I

W. Nellie, âgée de 13 ans 1/2.

Antécédents héréditaires. Parents en bonne santé.

2 sœurs, un frère bien portants.

A. P. Elle est la 3^e. L'enfant vient seule. Elle sait qu'elle a eu la coqueluche à 5 ans, la rougeole et les oreillons l'année dernière.

M. A. Entrée à l'hôpital le 10 janvier 1909.

Elle est malade depuis vendredi soir 8 janvier. On a remarqué qu'elle était rouge. Elle n'avait alors aucun malaise. Pas de céphalée. Pas de vomissements.

A l'examen on voit : une belle éruption sur tout le corps. La gorge est rouge. Pas de fausses membranes. Langue assez belle. Rien à la poitrine. Au cœur, dans la région sus-apexienne, un souffle extracardiaque diastolique. Température 39°.

22 janvier. Poussée de fièvre ganglionnaire.

Température 38°4. Grosses amygdales.

23 janvier. Début de l'éruption varicelleuse. Eruption assez confluyente. 6 jours de fièvre à maximum 39°5 : albuminurie pendant 4 jours.

30 janvier. Les boutons s'effacent. La fièvre tombe.

OBSERVATION II

K. André, 5 ans 1/2.

A. H. Père : 36 ans, bien portant.

Mère : 34 ans, bien portante. A eu deux enfants et une fausse couche. Un enfant mort de méningite à 4 mois.

A. P. Enfant né à terme, élevé au sein par une nourrice jusqu'à l'âge de 14 mois. Première dent à 8 mois, a marché à 2 ans. N'a jamais été malade.

M. A. Entre à l'hôpital le 19 janvier 1909.

Début de la maladie par mal à la tête et mal à la gorge le 18 janvier. Pas de vomissement. L'éruption est apparue le même jour. A l'examen on voit une belle éruption de scarlatine sur tout le corps avec quelques éléments particuliers un peu plus rouges et ne s'effaçant pas sous la pression du doigt.

Rien au cœur. Rien aux poumons. Langue blanche au centre, rouge sur les bords. Grosses amygdales. Gorge un peu rouge. Température 38° 2.

3 février. Desquamation.

8 février. Début de la varicelle. Eruption discrète, pas de fièvre. Léger louche d'albumine. Liquide céphalo-rachidien normal.

OBSERVATION III

K. Germaine, 5 ans.

A. P. Née à terme. Nourrie par sa mère. Rougeole à 3 ans.

N. A. Le 23 janvier 1909. Début par mal à la gorge et aux oreilles. Vomissements, fièvre et éruption.

Entre à l'hôpital le 24 janvier.

A l'examen on constate une belle éruption de scarlatine sur les cuisses, les fesses et le tronc. Adénopathie inguinale.

Le foie ne déborde pas. La rate est normale. Langue blanche au centre. Gorge rouge. Grosses amygdales.

Température 38° 2. Rien au cœur. Rien aux poumons.

25 janvier. Température 40°.

10 février. Eruption de la varicelle. Eruption discrète. Pas de fièvre. Un peu d'albumine.

6 mars. Un peu de tachycardie.

Rien pour expliquer le mouvement fébrile. Température 38°6.

OBSERVATION IV

K. Georgette, 6 ans.

A. P. Née à terme. Nourrie au sein par sa mère. Rougeole à 3 ans.

M. A. Le 20 janvier 1909. Mal à la gorge. Vomissements. Fièvre et éruption.

Le 21 janvier. Température 40°.

Entrée à l'hôpital le 24 janvier.

Belle éruption de scarlatine généralisée. L'enfant semble un peu bouffie. Purpura et éléments érythémateux.

Foie un peu gros et un peu douloureux.

Langue rouge et dépouillée.

Gorge rouge. Il semble qu'il y ait des points blancs sur les amygdales. Température 39°. Hypertension à la ponction lombaire. Résultat négatif.

Le 2 février. Louche d'albumine.

Le 10 février. Eruption de varicelle.

Eruption très confluyente. Suppuration abondante. Fièvre plusieurs jours à 39°. Albumine.

OBSERVATION V

G. André, 6 ans 1/2.

Pas de renseignements sur l'enfant.

M. A. Entré à l'hôpital le 23 janvier 1909.

A l'examen, éruption de scarlatine de moyenne intensité sur les cuisses et le tronc.

Foie et rate normaux.

Rien au cœur. Rien aux poumons. Mais respiration nasale insuffisante. Langue rouge et dépouillée. Gorge rouge. Grosses amygdales. Température 38°2.

Le 26 janvier. Desquamation. Température 37°.

Le 13 la courbe remonte. Le 14 elle est à 40°.

L'enfant a la langue framboisée, bien dépouillée. Angine érythémateuse.

Eruption légère: (rechute de scarlatine ou rash scarlatiniforme). Albumine.

En même temps varicelle légère. On voit quelques éléments sur l'abdomen et la face. Les vésicules se dessèchent rapidement. Amélioration rapide. Liquide céphalo-rachidien normal.

Le 20 février. Otite droite. Mastoïde un peu douloureuse. Température 38°2.

Le 26 février. Bon état général.

OBSERVATION VI

L. Théodore, âgé de 3 ans 1/2.

Début de la scarlatine le 12 janvier 1909. Evolution normale de la maladie.

34 jours après, le 14 février, début de la varicelle. Eruption discrète. Pas de fièvre. Pas d'albumine.

OBSERVATION VII

B. Marguerite, 3 ans.

A. H. Père et mère bien portants. 2 enfants.

A. P. Née à terme. Première dent à 6 mois. A marché à 15 mois.

Bronchite et rougeole en décembre 1908.

M. A. Entrée à l'Hôpital le 16 janvier 1909.

Ce jour-là, début par des vomissements dans la matinée. L'éruption apparaît le soir. A l'examen quelques éléments éruptifs assez discrets aux plis de l'aîne et au ventre. Le foie déborde un peu. La rate est un peu grosse. Enfant rachitique avec gros ventre. Thorax étroit et gros crâne.

Rien au cœur. Rien aux poumons. Amygdales grosses. Gorge très rouge. Langue sale au centre, dépouillée à la pointe et sur les bords. Température 38°2.

Le 21 février. Début d'une varicelle bien caractérisée. Les vésicules sont très disséminées sur tout le corps. On en remarque sur la face dorsale de la langue et sur la face interne des joues.

Elles sont particulièrement abondantes sur le thorax et l'abdomen. Température 39° pendant 4 jours.

Le 26 février. Les vésicules se dessèchent.

Le 28 février. Les croûtes commencent à tomber.

Le 1^{er} mars. Il persiste quelques cicatrices des anciennes vésicules.

OBSERVATION VIII

B. Marcel, 4 ans.

M. A. Entré à l'hôpital le 23 janvier 1909.

Le 30 janvier. La température s'élève à 39°. Eruption de scarlatine.

Le 22 février. Eruption de varicelle très disséminée et assez abondante, notamment sur la figure. Eczéma impétigineux aux oreilles et dans les régions sous-ciliaire et nasolabiale. Température à 40° pendant 3 jours.

Le 26 février. Nouvelle poussée de vésicules abondantes dans la région dorso-cervicale et sur la face antérieure de la cuisse. Les vésicules suppurent et s'ombiliquent.

Le 28 février. On remarque sur la face antérieure de la cuisse que certaines vésicules ulcèrent l'épiderme, s'ombiliquent et sont entourées d'une zone rouge de réaction inflammatoire.

Pas d'albumine. Ponction lombaire négative.

OBSERVATION IX

F. Maurice, 4 ans 1/2.

A. H. Parents bien portants. 2 enfants bien portants.

A. P. Né à terme. Nourri au sein par la mère jusqu'à l'âge de 7 mois. Première dent à 9 mois. A 17 mois, bronchite, puis la coqueluche. Une hernie ombilicale.

Enfant toujours chétif, ayant peu d'appétit, soigné depuis 5 mois pour entérite.

M. A. Actuellement. Depuis 2 jours l'enfant est malade. Mal de gorge. Vomissements. L'enfant entre dans le service le 25 janvier 1909.

Examen. Enfant de bonne constitution. Eruption de scarlatine très caractérisée sur l'abdomen et les membres inférieurs. Rien sur les bras et la figure.

Langue saburrale, rouge sur les bords. Grosses amyg-

dales avec exsudat blanc. Adénopathie cervicale douloureuse. Ventre souple. Rien dans la poitrine.

Le 24 février. Eruption de varicelle: teint pâle, éruption très intense avec une localisation symétrique aux lombes et aux fesses: bulles presque confluentes aux lèvres. Température 40° pendant quelques jours.

Pas d'albumine, peu de suppuration. Liquide céphalo-rachidien normal.

OBSERVATION X

L. Marguerite, âgée de 3 ans.

A. H. Mère bien portante.

Le père tousse continuellement. 4 enfants bien portants. Celle-ci est la dernière.

A. P. Née avant terme à 8 mois. Poids: 2 livres. Elevée au sein par la mère jusqu'à l'âge de 6 mois, puis au lait stérilisé.

Broncho-pneumonie à un an, au moment de l'apparition de ses deux premières dents.

Coqueluche à 2 ans 1/2.

M. A. Vendredi soir, 30 janvier, la mère remarque sur le ventre de l'enfant une éruption rouge. Samedi une forte fièvre se déclare, à signaler quelques vomissements. La nuit elle dort mal et est agitée.

Le 1^{er} février. Elle entre à l'hôpital

A l'examen. Pas de stigmâtes de rachitisme. Eruption très disséminée sur tout le corps.

Pointillé peu confluent.

Quelques ganglions cervicaux.

Catarrhe occulo-nasal.

Langue décapillée, saburrale à la pointe.

Gorge rouge framboisée.

Bronchite généralisée du côté droit.

Température normale.

Les 21 et 22 février, la température monte à 40°

A l'auscultation signes de tuberculose.

Le 24 février. Eruption varicelleuse uniquement dans la région dorso-lombaire.

Pendant 2 à 3 jours, menaces de broncho-pneumonie.

Température à 38°5. Albumine dans les urines.

Le 27. Les vésicules se troublent.

Le 28. Quelques vésicules s'ulcèrent et sont entourées d'une zone de réaction inflammatoire.

OBSERVATION XI

M. Robert, âgé de 8 ans.

Début de la scarlatine le 20 janvier 1909.

Pas de fièvre.

Evolution normale de la maladie.

Le 9 février. Desquamation.

Le 27 février. Eruption de la varicelle très discrète et très disséminée.

Pas d'albumine. Pas de fièvre.

Le 28 février. Le contenu des vésicules se trouble, 2 jours après la dessiccation commence.

OBSERVATION XII

L. Eugénie, âgée de 13 ans.

Entre à l'hôpital salle Gillette pour rhumatisme articulaire aigu, et y contracte la scarlatine.

Le 24 février 1909. Elle est examinée au Pavillon de la scarlatine.

On constate : à l'examen du cœur, un souffle systolique peu accentué à la pointe. Le 2^e temps est bien frappé.

Une éruption de scarlatine peu accentuée sur l'abdomen et les membres inférieurs.

Langue et pharynx rouges, framboisés.

Adnéopathie cervicale peu douloureuse.

Température 38°.

Le 26. La température est élevée à 38° 5.

Les articulations de la main et du poignet deviennent douloureuses.

Enveloppement au salicylate de méthyle. 4 grammes de salicylate de soude pendant 2 jours.

Le 28. La température s'élève encore à 39°.

Eruption de varicelle discrète, disséminée sur tout le corps.

Pas de vésicule à la face interne des joues.

Le 3 mars nouvelle poussée de varicelle, grosses bulles.

Quelques éléments sont entourés d'une aréole inflammatoire et tendance à l'ulcération profonde de 2 à 3 vésicules à la face.

Le 4 mars. 3^{me} poussée généralisée avec grosse réaction fébrile.

Température 39° 5.

Les vésicules sont confluentes autour du cou.

Il n'y en a pas sur les muqueuses.

Plusieurs éléments sont ulcérés.

De plus on voit des lésions de grattage. Pas d'albumine.

Le 13 mars. Desquamation.

OBSERVATION XIII

B. Lucienne, âgée de 3 ans.

Le 26 février entrée à l'hôpital pour scarlatine. Evolution normale de la maladie.

Température au début 38° 2. revient à la normale au bout de 2 jours.

Le 15 mars. Eruption de la varicelle.

Eruption assez intense avec grosse réaction fébrile pendant 5 jours jusqu'à 39° 6.

Pas d'albumine.

OBSERVATION XIV

L. André, âgé de 6 ans.

L'enfant est envoyé le 5 mars au Pavillon de la scarlatine. Il vient d'un service de chirurgie où il avait été opéré le 27 février pour une hernie.

A l'examen on constate une belle éruption de scarlatine.

La langue est rouge framboisée.

Température 38°.

Le 7 mars. L'éruption disparaît.

Le 22 mars. Varicelle. Eruption discrète mais très étendue.

Nombreuses vésicules sur le cuir chevelu, sur le tronc et dans le dos.

On constate de la tachycardie.

Pas de fièvre.

Pas d'albumine.

Le 24 mars. Desquamation.

OBSERVATION XV

M. Pierre, âgé de 3 ans 1/2.

A. H. La mère a actuellement la scarlatine.

Le père est bien portant.

Un enfant, une fausse couche de 5 mois.

A. P. Né à terme. Nourri au sein pendant 5 mois.
puis élevé au biberon.

Première dent à 9 mois.

Premiers pas à 10 mois.

L'enfant tousse souvent mais n'aurait jamais eu de maladie.

M. A. Le 1^{er} mars. Entré à l'hôpital.

On note des vomissements, de la fièvre.

Température 39° 5

Le lendemain apparition d'une éruption de scarlatine qui disparaissait complètement deux jours après.

Il y avait des plaques érythémateuses sur la figure, le dos de la main et l'avant-bras.

Peu à peu son cou grossit, la température monte à 40° et dans sa gorge on note quelques pseudo-membranes.

Grosse adénopathie cervicale.

Langue rouge dépouillée.

Pharynx couvert de pseudo-membranes sur le sommet des amygdales en particulier.

Culture. Pas de bacille de Loeffler, mais culture pure de staphylocoques.

Albumine.

Le 16 mars. Desquamation.

Le 24. Elévation légère de la température.

Apparition de vésicules de varicelle: éruption discrète.

Petits ganglions au cou et aux aines.

Le 25. Langue légèrement saburrale.

Le 26. L'éruption continue abondante sur le tronc.

Le 27. Ombilication des pustules.

Foie très petit: 3 travers de doigt.

Langue sale.

Ventre gros ballonné.

OBSERVATION XVI

C. Georges, âgé de 19 mois (au sein).

A. H. Père mort de tuberculose pulmonaire.

Mère bien portante actuellement.

A. P. Enfant né à terme, élevé au sein.

Il s'est bien porté jusqu'à l'âge de 7 mois.

Il a présenté alors sur la joue droite, une lésion (petits boutons rouges).

A 16 mois son genou droit a commencé à gonfler.

La mère vint consulter M. Kirmisson. On fait six ponctions.

La mère ne sait pas la nature du liquide retiré.

Deux mois après son entrée, l'enfant a fait de nouvelles lésions: une à l'avant-bras droit, 3 autres sur le membre inférieur gauche et une sur la joue gauche.

M. A. Samedi soir, 6 mars. L'enfant a 38° 5 de température.

Il est agité pendant la nuit.

Dimanche, 7. Température 39° 8 agité.

Eruption de la scarlatine.

Lundi 8. Passage au pavillon de la scarlatine.

Température 39° 6, puis 40°.

Gorge rouge.

Eruption sur le thorax principalement.

La semaine dernière, l'enfant a vomé plusieurs fois.

La température reste élevée pendant 3 jours.

Le 13. Température 37° Desquamation.

Le 22. Température 38°.

L'enfant est pâle, abattu. Gonflement des ganglions cervicaux.

Pas d'écoulement d'oreille.

Le 25. Ronchus dans les deux poumons en arrière.

Grosse respiration.

Le 5 avril. Eruption de la varicelle.

Eruption discrète.

Pas d'albumine.

Gonflement des ganglions auriculaires.

Le 8. La température se maintient aux environs de 38°. L'éruption de varicelle s'atténue.

Respiration rude en arrière; ronchus et gros râle.

La dermo-réaction a été faite avec résultat positif.

OBSERVATION XVII

L. Robert, 7 ans.

Début de la scarlatine le 10 mars 1909.

Evolution normale de la maladie.

Le 3 avril, c'est-à-dire 24 jours après le début de la scarlatine éruption de la varicelle.

Eruption très confluyente particulièrement sur le thorax.

Quelques vésicules sur la voûte du palais.

Pas d'albumine.

Intra-dermo-réaction négative.

OBSERVATION XVIII

R. Suzanne, 3 ans 1/2.

A. H. La mère est sujette aux bronchites.

Le père est mort à 38 ans d'un cancer de l'estomac.

3 enfants: un mort de la dyphthérie.

1 fausse couche.

A. P. Née à terme et nourrie au sein jusqu'à 19 mois.

Bronchites fréquentes, entérite.

M. A. Les 12, 13 et 14 mars. Fièvre violente.

Céphalée, vomissements.

L'enfant toussait beaucoup.

Pour la débarrasser la mère lui donne un vomitif.

Le médecin lui ordonne un purgatif le 18.

Le 18 mars. apparition d'une éruption de scarlatine sur le corps, très peu sur la face.

Mal de gorge.

Rien de particulier. La mère amène l'enfant.

Température 38°6.

Gros ventre. Foie normal.

Spina ventosa du deuxième métacarpien de la main droite.

Le 3 avril: éruption de la varicelle. Pas d'élévation de température.

Le 5 avril: la température monte à 39°. L'éruption siège sur le tronc, les membres et le cuir chevelu. Langue sale. Grosse toux grasse. Râles de bronchite.

Le 8 avril: On pratique l'intra-dermo-réaction au bras gauche. Résultat positif. Pas d'albumine.

Le frère est soigné chez lui pour varicelle.

OBSERVATION XIX

F... Jacques, 4 ans 1/2.

A. H.: Père, 31 ans, bien portant. Mère, 28 ans, bien portante. Un fils unique.

A. P.: Né à terme. Elevé au biberon jusqu'à deux ans. Pneumonie à 2 ans. Coqueluche à la suite.

M. A.: Début de la scarlatine le 23 mars, par un mal à la gorge et une forte fièvre. L'éruption est apparue le même jour.

Eruption discrète rouge, peu intense.

Gorge rouge. Langue un peu dépouillée. Petits ganglions sous-maxillaires.

Tachycardie. Foie légèrement débordant, un peu plus douloureux. Température 38°4.

Le 26: La gorge est encore rouge. L'éruption conti-

nue, mais peu vive. Tachycardie.

Le 27: L'éruption disparaît.

Le 30: Desquamation.

Le 8 avril: Élévation de la température: 39°.

Eruption de la varicelle. Eruption moyenne.

Intra-dermo-réaction positive.

Albumine.

OBSERVATION XX.

A. André, 3 ans.

A. H.: Mère morte de tuberculose pulmonaire.

Père aveugle.

A. P.: Nourrie au sein. Elle tousserait depuis 6 mois.

M. A.: Le 7 mars, elle entre à l'hôpital. Températures élevée: 40°. Gorge très rouge. Râles soufflants à la base droite. L'enfant a eu la rougeole.

Le 17 mars, la température, qui était tombée à 37°, remonte à 40°. En même temps, on aperçoit une belle éruption de scarlatine sur le tronc et les membres.

L'enfant est dyspnéique et tousse.

Le 18: Râles de bronchite dans les 2 poumons.

Le 25: Enfant triste, amaigri. À la percussion:

Résistance au doigt à la partie moyenne du poumon droit.

Respiration saccadée.

Légère desquamation des flancs.

Cœur et foie normaux.

Douleurs à la pression de l'apophyse mastoïde droite.

Le 26: Otite droite.

Le 27: Otite double. Petits ganglions sous-maxillaires et cervicaux droits.

Le 30: Ecoulement abondant de l'oreille gauche.

Le 7 avril: On trouve quelques traces d'albumine.

Le 8: Eruption de la varicelle. Eruption très confluyente composée d'éléments très polymorphes, les uns très petits; d'autres, au contraire, très volumineux. Pas de fièvre.

Intra-dermo-réaction positive.

Quelques rares leucocytes dans le liquide céphalo-rachidien.

CONSIDÉRATIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

Tels sont les vingt cas, qu'il nous a été possible d'observer au cours d'une épidémie de varicelle, éclatant dans un pavillon de scarlatine de l'Hôpital des Enfants Malades. Nous avons suivi, pour rapporter ces observations, l'ordre chronologique. Un simple aspect rapide des dates d'apparition va nous permettre d'abord toute une série de réflexions sur les poussées successives, qui caractérisent cette épidémie et qui pourront nous permettre quelques déductions d'ordre général.

Marche de l'épidémie. — Evolution en séries.

Le premier cas de varicelle est apparu, le 22 janvier, chez une fille de treize ans et demi, qui était soignée au pavillon de la scarlatine, depuis le 10 janvier. Elle était au quatorzième jour de la scarlatine. L'enfant était déjà contagionnée à son entrée, puisque la durée de l'incubation de la varicelle est de 14 à 15 jours. Tel

est le point de départ d'une première série de cas apparus du 8 au 14 février (observations 2, 3, 4, 5 et 6), c'est-à-dire du dix-septième au vingt-troisième jour après le premier cas.

Cette première série de varicelleux a contagionné une nouvelle série d'enfants (observations 7, 8, 9, 10 et 11). Ces cas se sont produits du 21 au 28 février, c'est-à-dire du dix-huitième au vingtième jour après le premier cas de la série précédente.

Ces nouveaux malades ont contagionné, à leur tour, une troisième série (observations 13, 14 et 15). Le premier cas est apparu le 15 mars; exactement 15 jours après le dernier cas de la série précédente, et le dernier le 24 mars.

Enfin, une quatrième série (observations 16, 17, 18, 19 et 20) s'est manifestée du 2 au 8 avril. Le premier cas est apparu 18 jours après le premier cas de la troisième série.

Pour toutes les observations que nous venons d'énumérer, il est très facile de trouver l'étiologie de la varicelle. Tous ces enfants étaient soignés depuis 16 à 37 jours, au pavillon de la scarlatine. L'apparition de la maladie en séries, la facilité avec laquelle se produit la contagion dans le milieu hospitalier, tout prouve que les enfants ont été contagionnés à l'hôpital.

Deux autres malades (observations 12 et 18), étaient déjà en période d'incubation, puisque la varicelle a débuté aux quatrième et dixième jours de la scarlatine. Nous savons d'ailleurs que la petite malade de l'obser-

vation 18 avait son frère soigné chez lui pour varicelle.

Incubation.

La durée de l'incubation a été assez variable. Elle a pu être précisée avec assez de rigueur, puisque les malades étaient isolés dès l'apparition des premières bulles caractéristiques. Elle a varié de 17 à 23 jours pour la première série, de 13 à 20 jours pour la seconde série, de 15 à 24 jours pour la troisième série, de 18 à 24 pour la quatrième.

Rien d'anormal à signaler au point de vue de la durée de l'incubation. Assez souvent, elle a été normale, durant environ 15 jours. La longue durée de l'incubation de la varicelle n'a d'ailleurs rien de surprenant. Nous savons, en effet, que si elle est en moyenne de 14 à 15 jours, elle peut se prolonger et atteindre jusqu'à 23 et même 28 jours (1).

Elle confirme toutefois l'opinion que souvent on constate une prolongation de l'incubation, quand la varicelle se déclare après une fièvre éruptive (2).

Coexistence des deux éruptions.

Il nous a été rarement donné d'assister à la coexistence de la période d'éruption scarlatineuse et d'éruption varicelleuse. Le fait est, en effet, facile à expli-

(1) R. Cruet : L'Incubation de la Varicelle, Thèse de Paris 1899.

(2) Hutinel : Les Maladies des Enfants, 1909. Tome I, page 452.

quer. Il s'agissait de petits malades amenés au pavillon en pleine éruption, indemnes, pour la plupart, de toute varicelle et qui ne se contagionnaient que plus tard. Par conséquent, lorsque la varicelle apparaissait, la période d'éruption scarlatineuse était terminée. Une seule fois il nous a été possible d'observer cette association. C'est dans l'observation 12, sur laquelle nous croyons devoir à nouveau revenir.

Il s'agissait d'une fillette de treize ans, soignée dans le service de M. Richardière pour rhumatisme articulaire aigu. La varicelle a débuté 4 jours après le début de la scarlatine. Ces deux maladies ont-elles eu une action l'une sur l'autre? Il semble que oui, car si la scarlatine a été normale, par contre la varicelle a été particulièrement intense et la plus sévère de celles que nous avons observées pendant cette épidémie. Il y a eu trois poussées successives de bulles: elles étaient très grosses et entourées d'une aréole inflammatoire, surtout marquée à la face. Plusieurs éléments, deux ou trois à la face, une dizaine sur le tronc ont présenté une tendance manifeste à l'ulcération profonde. La température a été élevée pendant plusieurs jours, 39°5. Toutefois les urines n'ont pas été albumineuses. La malade a guéri assez rapidement, mais la peau a conservé d'assez nombreuses cicatrices.

Il ne faudrait pas cependant nous baser sur une seule observation pour affirmer que, lorsque la scarlatine et la varicelle évoluent simultanément, cette dernière est plus sévère.

Nous avons à tenir compte en outre du fait que cette

petite malade présentait en même temps un rhumatisme articulaire, aigu, affection évidemment microbienne, bien que l'agent pathogène n'en soit pas encore découvert, qui a pu parallèlement joindre son action à l'une des deux affections pour retentir sur la troisième.

Nous nous permettrons, à l'occasion de cette observation, de signaler combien juste est l'observation de Monsieur le professeur Hutinel, sur le danger des affections associées que courent les malades à l'hôpital. Dans ce cas par exemple, cette enfant, entrée pour rhumatisme articulaire aigu, eut successivement une scarlatine, une varicelle. Et ce cas n'est pas isolé. Il serait facile d'en multiplier les exemples en compulsant les observations dans les hôpitaux d'enfants.

*Date d'apparition de la varicelle
par rapport à l'époque d'apparition de la scarlatine.*

D'une manière générale, la varicelle est apparue du 14^e au 37^e jour après le début de la scarlatine, sans qu'il soit possible de tirer une conclusion quelconque au point de vue de la gravité de l'affection et de l'intensité de l'éruption. Suivant le début plus ou moins tardif, de cette varicelle apparaissant au cours de la scarlatine.

MODIFICATIONS CLINIQUES RÉSULTANT DE L'ASSOCIATION
DES DEUX AFFECTIONS

a) *Intensité de l'éruption*

Comme dans toute épidémie, l'intensité de l'éruption a été très variable. Le plus souvent, il est vrai, elle

a été très discrète. L'éruption se produit en un jour, se dissémine dans tout le corps sans siège de prédilection. Les croutes se dessèchent rapidement et sans aucun mouvement fébrile, la varicelle est terminée en quelques jours (observation 2, 3, 5, 6, 11). Dans deux cas seulement nous voyons l'éruption se cantonner dans certaines régions. C'est dans la région dorso-lombaire (observation 10), sur le cuir chevelu, le tronc et le dos (observation 14) qu'apparaissent uniquement les vesico-bulles de la varicelle. Signalons également que cette éruption a été accompagnée de ganglions cervicaux et de l'aine (observation 15) et des ganglions auriculaires (observation 16).

Dans quatre cas (observations 1, 13, 18 et 19) les vésicules sont plus confluentes. Mais les muqueuses sont intactes. La fièvre a été peu élevée.

Mais dans le tiers des cas, l'éruption de la varicelle a été très confluyente. Les vésicules ont suppuré (observations 4, 8, 9, 12) ont été entourées d'une zone de réaction inflammatoire. Les muqueuses ne sont pas indemnes. Nous voyons des vésicules sur la face dorsale de la langue et la face interne des joues (observation 7), sur la voûte du palais (observation 17). Les bulles sont localisées symétriquement aux lombes et aux fesses; elles sont presque confluentes aux lèvres (observation 9). L'éruption est composée d'éléments très serrés et très polymorphes, les uns très petits, les autres assez volumineux (observation 20).

b) *Température*

Les modifications de la courbe thermique ont été également assez variables. Très souvent il y a eu apyrexie, ou une légère élévation thermique: particularité n'offrant rien de bien caractéristique dans le cadre ordinaire de l'évolution normale de la varicelle, qui le plus souvent en effet débute sans prodromes avec une très légère élévation thermique et sans symptômes généraux graves. Cependant dans près de la moitié des cas la température a été élevée (39° et 40°) et reste telle pendant plusieurs jours, s'accompagnant quelquefois de symptômes généraux et fonctionnels assez nets; fait somme toute assez rare au cours d'une varicelle normale et qui méritait d'être signalé.

Peut-être faut-il chercher l'explication de cette élévation thermique, dans l'importance que prit parfois la suppuration des vésicules (observations 4, 8 et 9) ou, chercher en dehors même de la varicelle, la raison de cette perturbation thermique.

Si l'on examine en effet de très près les observations que nous avons rapportées et auxquelles nous faisons en ce moment allusion, nous voyons signalées dans un cas une peunée ganglionnaire, une tuberculose possible, une ébauche de broncho-pneumonie, une poussée d'eczéma.

c) *Complications*

Aucune des complications que nous allons énumérer, il importe de le dire dès le début, ne présenta de

gravité extrême. Mais néanmoins leur existence nous paraît bien être souvent le résultat de l'association des deux maladies infectieuses, sans que notre intention soit d'essayer d'éclairer la pathogénie de leur production, nous contentant de rester sur le terrain clinique et d'enregistrer les faits observés.

1°. *Complications cutanées. — Suppuration*

Des complications cutanées ont été observées dans quatre cas (observations 4, 8, 9 et 12). Elles ont consisté dans une suppuration excessive d'un grand nombre de bulles, qui ulcéraient l'épiderme, s'entouraient d'une zone de réaction inflammatoire plus intense qu'à l'ordinaire, d'une réaction ganglionnaire avec température élevée pendant plusieurs jours, atteignant même 40° (observation 9). Toutefois dans tous les cas rapportés, les malades ont guéri assez rapidement.

Cette suppuration n'est pas uniquement d'ailleurs le fait de l'association de la varicelle et de la scarlatine. En effet, cette suppuration est fréquemment signalée au cours de la varicelle. Cl. Marie, y consacre un chapitre spécial dans sa thèse (Les éruptions de la varicelle. Paris 1894). Comby en rapporte de nombreuses observations dans son mémoire de la Revue des Maladies de l'Enfance (1887). Nous trouvons aussi une observation de varicelle suppurée, dans la thèse de Charvin.

Ces auteurs essayent d'en expliquer la pathogénie. Est-ce dû à une malignité spéciale de l'agent patho-

gène de la varicelle? Cela est peu probable. Pour Cl. Marie, cette suppuration est le résultat d'une infection secondaire chez des enfants prédisposés, ou déjà infectés par une maladie antérieure. Chez le malade de Cl. Marie, l'éruption de la varicelle apparut au déclin de la scarlatine. Cette observation est tout à fait superposable aux nôtres. C'est aussi à la fin d'une broncho-pneumonie qu'apparut la varicelle chez le petit malade, dont Charrin nous rapporte l'observation. Il semble donc bien que l'on puisse se baser sur le rôle des symbioses microbiennes pour expliquer cette réalisation plus fréquente et cette pathogénie paraît d'autant plus plausible qu'il semble que l'agent pathogène de cette suppuration soit le streptocoque. En effet, l'analyse du pus des vésicules dans nos observations, faite à plusieurs reprises, a donné le streptocoque. C'est aussi le streptocoque qui fut trouvé dans l'analyse du pus des vésicules dans l'observation de Cl. Marie.

Nous nous garderons bien d'en inférer que le streptocoque est l'agent causal de la scarlatine. Mais si nous nous rapportons à la fréquence de l'existence du streptocoque dans la scarlatine, fréquemment signalée par tous les bactériologistes, qui ont cultivé du mucus de l'angine du début, qui ont décelé des sensibilisatrices spécifiques du streptocoque dans le sérum des scarlatins (1) au point qu'un bon nombre d'auteurs avaient cru pouvoir affirmer la spécificité absolue du streptocoque comme l'agent causal de la scarlatine, il n'est pas

(1) Mallein : Presse Médicale, 1908.

étonnant qu'il provoque la suppuration dans un liquide de vésicules qui normalement se contentent de louchir et de sécher sur place, sans grands phénomènes inflammatoires.

2°. *Complications cutanées — Rash*

Chez un malade (observation 5), le début de la varicelle a été précédé d'une éruption, d'un véritable rash scarlatiniforme, qui permit le doute au sujet d'une rechute de scarlatine et d'un rash prévaricelleux. Les rashs dans la varicelle sont en effet assez rares; mais ils ne sont pas exceptionnels. De nombreuses observations en ont été publiées à l'étranger par Thomas, Fleischmann, Henoch, Baoder, Badan, Stainforth, Aaconomon.

En France, Gaillard et Chauffard, au mois de juin 1891, rapportent des observations analogues à la Société Médicale des hôpitaux de Paris. Louis de Bourdineau (Contribution à l'étude des rashs de la Varicelle. Thèse de Paris 1894), en réunit vingt observations.

Une des caractéristiques des rashs en général est d'être éminemment variables et polymorphes. Le rash de la varicelle en fait pas exception à cette règle. Mais le plus souvent c'est un rash scarlatiniforme, se rapprochant de celui que nous avons observé. Dix-neuf fois dans les vingt observations de Louis de Bourdineau, ce fut un rash scarlatiniforme que l'on put observer.

Il est formé d'un fond rouge d'une intensité variable, plutôt rosé, sur lequel se détache plus ou moins

nettement un pointillé plus foncé, qui donne aux téguments un aspect granité. En un mot il possède les caractères de l'éruption scarlatineuse.

Il est prévaricellique le plus souvent (onze fois sur vingt). Parfois il survient après l'éruption varicellique. Certains auteurs soutiennent que le rash est toujours prévaricellique. Ces rashes n'accompagnent pas l'éruption, mais précèdent une nouvelle éruption de varicelle; ainsi que cela se voit souvent. Son siège est très variable. S'il occupe le plus souvent le thorax et l'abdomen, il peut occuper n'importe quelle région du corps.

Sa durée est variable : deux jours d'ordinaire on l'a observé cependant pendant cinq jours. Mais sa caractéristique est d'atteindre son maximum en quelques heures, pour rester stationnaire ensuite. C'est pendant ce temps que s'effectue l'éruption des vésico-bulles de la varicelle. Contrairement à ce que l'on observe pour la variole, le siège du rash n'est pas épargné par l'éruption varicellique.

Si d'ordinaire le début de la varicelle se fait sans prodromes, lorsqu'elle est précédée d'un rash, la scène change. On note alors une forte élévation de température (40°) de l'anorexie, de la diarrhée, des vomissements, des maux de tête, des vertiges, la langue saburrale.

Le diagnostic avec la scarlatine est parfois assez délicat.

Dans le cas qui nous occupe, il est difficile de se prononcer sur la nature de l'éruption qui a précédé la

varicelle. Il y a eu une angine érythémateuse; la langue framboisée a desquamé, la température s'est élevée à 40°. Le malade était au 22^e jour de la scarlatine. On peut observer des rechutes véritables dans la troisième ou quatrième semaine de la scarlatine. Nous croyons toutefois qu'il s'agit bien dans ce cas d'une rechute de scarlatine, car jamais en cas de rash prévaricellique on n'observe d'angine et de langue framboisée.

Néanmoins nous faisons à ce sujet toutes réserves.

3. Complications rénales

On était en droit de se demander si l'éclosion d'une varicelle dont l'action sur le rein est bien connue, quoique rare, ne viendrait pas s'exalter pieusement du fait qu'il s'agissait d'enfants dont le rein avait été plus ou moins lésé par le virus scarlatin. Cette hypothèse avait déjà été envisagée par Poullain qui, sans apporter de faits précis à ce sujet, émettait l'hypothèse possible de complications rénales, résultant de l'association de ces deux infections.

Nous avons à ce point de vue, très minutieusement examiné nos malades, vérifiant successivement la quantité d'urine émise, la présence d'albumine, de sang, en même temps que les modifications du poids, de la pression artérielle et de la dilatation cardiaque.

Hâtons-nous de dire que nous n'avons jamais observé de phénomènes dignes d'être mentionnés. Dans huit cas seulement il y a eu albuminurie légère et de courte durée. Il s'agissait d'enfants dont la varicelle

avait débuté du 14^e au 23^e jour après le début de la scarlatine. Cette albumine n'a pas persisté et ne s'est pas présentée en proportion plus grande que chez des scarlatineux n'ayant pas contracté la varicelle.

Arrivé au terme de cette étude clinique, il nous reste à mentionner deux faits qui nous ont paru intéressants, bien que n'ayant pas un rapport étroit avec le sujet qui fait l'objet de notre thèse. C'est tout d'abord les résultats fournis par l'examen de la ponction lombaire et du sang, au cours de cette association, et d'autre part les résultats de l'intra-dermo-réaction de la tuberculine de Monsieur Mantoux.

1° Le liquide céphalo-rachidien est le plus souvent normal et ne présente même pas ces réactions discrètes que Monsieur le professeur Hutinel a signalées ainsi que ses élèves, MM. Ferrand, Paiseau et Milhit, au cours des érythèmes ordinaires, comme au cours des érythèmes, apparaissant pendant l'évolution de la scarlatine.

2° La formule hématologique ne paraît pas s'écarter de ce qu'il est normal d'observer. Néanmoins la varicelle imprime sa marque et dans un tiers des cas il a été possible de constater la présence de myelocytes neutrophiles.

3° Ayant constaté combien l'intra-dermo-réaction à la tuberculine était fréquemment négative au cours de la rougeole, fait l'observation sur lequel M. Von Pirquet s'était basé pour expliquer le rôle tuberculisant de la rougeole, et sur lequel Monsieur Hutinel est revenu à nouveau dans une leçon sur la rougeole et la tubercu-

lose. M. Hutinel engagea à faire des inoculations en série sur les varicelleux pour vérifier si quelque chose d'analogue se produirait. Nos petits malades présentèrent des réactions positives, suivant la proportion ordinaire. La varicelle associée à la scarlatine, n'imprime donc aucune modification à cette intra-dermo-réaction.

CONCLUSIONS

Nous sommes en mesure maintenant de tirer un certain nombre de conclusions des faits, qui précèdent : conclusions basées uniquement sur l'interprétation des faits cliniques observés. Mais avant de commencer l'énumération de ces conclusions, il nous semble que bien qu'un peu lointaines de notre sujet, celles-ci tout d'abord s'en dégagent.

C'est la fréquence des associations morbides que l'on peut observer chez les enfants : faits de la plus haute importance, sur lequel dans son enseignement hospitalier à chaque instant, revient Monsieur le professeur Hutinel.

Une rougeole soignée dans la clientèle de ville et surtout à la campagne, évoluera généralement vers la guérison sans complication ; de même une coqueluche. A l'hôpital, le tableau est tout différent en raison de l'encombrement, du défaut d'isolement et du manque de personnel. Qu'une broncho-pneumonie se déclare dans un pavillon de rougeoleux, et immédiatement presque tous les malades vont se contaminer, faire des broncho-pneumonies très graves et la plupart mourir ; de même dans une salle de coqueluche. Qu'une rougeole se déclare dans un pavillon de scarlatine et voici réa-

lisée une épidémie terriblement mortelle, nécessitant pour être enrayée l'évacuation du pavillon.

L'association de varicelle et de scarlatine, que nous venons de signaler et d'étudier, ne comporte heureusement pas un pronostic aussi sévère et constitue seulement une particularité clinique intéressante à signaler ; mais elle n'en est pas moins la démonstration absolue de cette fréquence d'épidémies associées et de la difficulté que l'on a à restreindre et enrayer les cas nouveaux, malgré toutes les précautions prises. En effet, malgré toutes les précautions d'isolement, de désinfection mises en œuvre à la suite du premier cas observé, ainsi que des suivants, l'épidémie se poursuivit avec une régularité désespérante et persista près de trois mois.

Les faits cliniques caractéristiques qui nous paraissent devoir être mis en relief, sont les suivants :

1^o Quand la varicelle survient au décours de la scarlatine, son incubation est en général plus longue que quand elle apparaît chez un sujet sain ; dans la plupart des cas sa durée a été supérieure à 14 jours.

2^o Lorsque la varicelle coïncide avec l'éruption de la scarlatine, elle est particulièrement sévère.

3^o Quand elle survient pendant la convalescence, la proportion des cas où l'éruption et la fièvre sont intenses est plus grande que lorsqu'elle apparaît chez des sujets normaux.

4^o La suppuration paraît être plus fréquente, sans

être très grave au cours de cette association. Il faut probablement incriminer pour en expliquer la réalisation, le streptocoque, hôte habituel de tout scarlatin.

5° On peut observer, précédant l'éruption de la varicelle, l'existence de rashes scarlatiniformes difficiles à diagnostiquer d'une rechute ou d'une récurrence de scarlatine.

6° La varicelle, évoluant au cours d'une scarlatine, ne comporte pas une plus grande fréquence qu'à la normale de complications rénales. Nous n'avons observé qu'une albuminurie légère et transitoire dans un tiers des cas.

7° Il n'existe pas de modifications du liquide céphalo-rachidien. La formule hématologique se rapproche de celle le plus souvent observée dans la varicelle (myélocytes). On ne constate pas de modification dans les résultats fournis par l'intra-dermo-réaction à la tuberculine.

8° En résumé, cette association comporte un pronostic bénin et ne demande une surveillance attentive que s'il existe une suppuration cutanée trop étendue. Elle comporte néanmoins une prophylaxie appropriée.

Vu et approuvé :
Le Président de Thèse,

HUTINEL,

Vu ? Le Doyen,
LANDOUZY,

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

BEZ. — Thèse de Paris, 1877.

BEZY. — Archives de Médecine des Enfants, 1848.

L. DE BOURDINEAU. — Thèse de Paris, 1894.

COMBY. — Revue des Maladies de l'Enfance, 1887.

— Société Médicale des Hôpitaux, 1896.

R. CRUET. — Thèse de Paris, 1899.

GAILLARD ET CHAUFFARD. — Société Médicale des Hôpitaux, 1891.

HEBRA. — Traité des Maladies de la peau, traduction, par Doyon.

HUNTER. — Introduction au traité de la syphilis, Londres, 1786.

HUTINEL. — Journal des Praticiens, 1908.

— Presse Médicale, 1909.

— Journal des Praticiens, 1909.

— Les Maladies des enfants, 1909. Tome I.

MALLEIN. — Presse Médicale, 1908.

CL. MARIE. — Thèse de Paris, 1894.

MILHIT et Mlle VASSEUR. — Progrès Médical, 1909.

NOBÉCOURT et MILHIT. — Société de Pédiatrie de Paris, 1909.

POULLAIN. — Thèse de Paris, 1894.

REIL. — Pyretologie, 1815.

THOMAS THOMPSON. — Recherches sur la variole, Londres, 1752.

TISSOT. — Progrès Médical, 1909.

TROUSSEAU. — Gazette des Hôpitaux, 1860.